

L'INSTALLATION ET LA MESURE DE LA QUALITE DANS LA PRATIQUE ET L'APPRENTISSAGE DE LA CHIRURGIE

P. Mendes da Costa

Service de Chirurgie Digestive, Coelioscopique et Thoracique,
C.H.U. Brugmann, l'Université Libre de Bruxelles, Belgique

THE DEBUT AND THE MEASURE OF QUALITY IN PRACTICE AND ACHIVEMENT OF SURGERY

(Abstract): The aim of this paper is to evaluate the appropriate measure of quality of the surgical training and practice. Actually the quality of the surgical practice it is based on the „surgical folder” which contents: the indication of the surgical intervention, results of the preoperative evaluation tests, descriptions of the operation, anesthesia and pathological exam and the summary of the hospital stay. Therefore, the quality of the surgical practice is evaluated by postoperative rates of mortality, morbidity, the lasting of hospital stay and the rates of re-operations and re-admissions. The adjuvant treatment, the postoperative infection and the use of antibiotics are also others criterions to evaluate the surgical practice. The evaluation of the surgical training and achievement is more difficult. The volume („the more you do, the better you are”) is one of the most important criterion for the evaluation of the surgeons, especially for cardio.vascular and oncologic surgery. The guidelines for diagnosis and practice, the standardization of surgical techniques, the developement of the virtual reality simulation are usefull for the surgical learning and training. In Belgium the quality of the continuing medical education is guaranted by a peer-review system (accreditation). Conclusion: It is particularly important for surgeons to make a continuing self-evaluation and to participate to the continuing medical education.

KEY WORDS: TRAINING IN SURGERY, QUALITY OF THE SURGICAL PRACTICE

Correspondence to: Prof. P. Mendes da Costa, Département de Chirurgie Digestive, Coelioscopique et Thoracique, C.H.U. Brugmann, Place A. Van Gehuchten, 4, B – 1020 Bruxelles, Belgique;
E-mail: pierre.mdc@chu-brugmann.be*

INTRODUCTION

Le but de ce travail est de faire le point d'une part sur l'état actuel de l'évaluation de la pratique chirurgicale et d'autre part sur la mesure de la qualité de l'apprentissage en chirurgie.

EVALUATION DE LA PRATIQUE CHIRURGICALE

Actuellement, la mesure de la qualité de la pratique chirurgicale est basée sur le contenu du dossier chirurgical qui doit comporter au moins les rubriques suivantes: l'indication opératoire, les résultats des examens préopératoires, le protocole opératoire, le protocole d'anesthésie, le protocole anatomo-pathologique et le résumé d'hospitalisation. Le dossier renseigne en outre les résultats du suivi postopératoire à court, moyen et long termes en particulier pour les pathologies chroniques ou fonctionnelles (pathologie oncologique, pariétale, liées à l'obésité, du reflux gastro-oesophagien etc.).

La qualité de la pratique chirurgicale est évaluée par le taux de mortalité intra hospitalière (et non à 30 jours vu les progrès réalisés par la réanimation), par les taux de morbidité globale, locale et générale, par la durée moyenne de séjour, par les taux de réintervention et de réadmission.

De plus, le pourcentage d'autopsie de décès chirurgicaux (taux souhaitable \geq à 50 %) est un bon indicateur de la pratique chirurgicale.

Dans le cadre de la morbidité locale et générale, le contrôle des infections postopératoires est fonction du respect des règles d'administration de l'antibioprophylaxie, de

* received date: 20.06.2006
accepted date: 27.06.2006

l'adaptation de l'antibiothérapie (création dans beaucoup d'hôpitaux de groupe de gestion de l'antibiothérapie) et du contrôle des infections nosocomiales. Le respect strict de l'administration des antibiotiques permet de diminuer significativement le pourcentage d'infections générales (pulmonaire, urinaire etc.) et locales (abcès de paroi, péritonite récidivante etc.).

La conjonction du contrôle des infections, des progrès de l'anesthésiologie et de la qualité de prise en charge dans les unités de soins intensifs a permis de diminuer de manière très importante au cours des cinquante dernières années le taux de co-morbi-mortalité postopératoire en ce compris chez les patients très âgés [1].

L'introduction des techniques chirurgicales mini invasives et l'augmentation de la pratique chirurgicale ambulatoire ont pour conséquence d'une part une diminution significative des séjours hospitaliers et d'autre part la nécessité d'une collaboration à domicile avec les médecins généralistes.

Le développement de la chirurgie oncologique débouche sur la création d'équipes multidisciplinaires regroupant chirurgien, oncologue médical, radiothérapeute et médecin généraliste.

Un numéro spécial de EJSO (European Journal of Surgical Oncology) [2] est consacré en 2005 aux conditions requises pour assurer aux patients des soins de qualité en chirurgie oncologique, en particulier en ce qui concerne le cancer du sein, de l'œsophage, du côlon, du rectum et de la prostate.

Les auteurs insistent sur le fait que l'évaluation de la qualité sera fonction d'une mise au point préopératoire correcte, d'une technique chirurgicale adéquate (le premier geste chirurgical devant être tout à fait adéquat sur le plan carcinologique car il détermine à long terme le pronostic de la maladie en particulier sur le plan local), de la qualité de l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires et de l'adjonction au bon moment (en pré- ou en postopératoire) des traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, radio-chimiothérapie).

Les différents auteurs insistent sur la nécessité de la standardisation des procédures chirurgicales (qui conditionnent leur reproductibilité), de réaliser des essais cliniques permettant d'évaluer le contrôle local de la maladie et la survie des patients et de déterminer la séquence des traitements multimodaux.

Les auteurs soulignent la nécessité d'une formation chirurgicale oncologique et l'adaptation nécessaire aux techniques chirurgicales mini invasives en tenant compte des apports des vidéos conférences, de la réalité virtuelle et de la simulation „computer assisted”.

Dans le cancer de l'œsophage les auteurs relèvent le facteur „volume” des centres spécialités qui augmente la qualité des résultats chirurgicaux, pour le cancer du rectum ils insistent sur la nécessité de l'excision totale du méso rectum (avec la possibilité immédiate pour l'anatomo-pathologiste de déterminer par la technique à l'encre de chine si la totalité du méso rectum a bien été excisée), pour le cancer du côlon ils envisagent pour le futur l'importance du ganglion sentinelle et de la recherche de micro métastases et enfin pour les tumeurs hépatiques ils soulignent l'apport des traitements chirurgicaux utilisant la radiofréquence.

Les auteurs attirent l'attention des lecteurs sur la nécessité d'un enregistrement prospectif des données et sur l'importance des études multicentriques.

Au cours de cette même année 2005, le World Journal of Surgery a consacré une partie de son volume 29 no. 10 [3] à la question de la qualité chirurgicale. Les auteurs étudient particulièrement les indicateurs de qualité en chirurgie oncologique, cardio-vasculaire, colo-rectale, traumatologique et mini invasive.

Les auteurs relèvent les facteurs de coût, de volume opératoire, de l'environnement chirurgical et des résultats fonctionnels. Ils insistent sur la nécessité de standardiser les plans

thérapeutiques et sur l'importance de la création de projet pour améliorer les résultats chirurgicaux (NSQIP - National Surgical Quality Improvement Project).

Les auteurs détaillent particulièrement l'effet „volume opératoire” („The more you do, the better you are”) en chirurgie cardiaque et oncologique. Ils insistent sur le fait que l'effet volume pris isolément n'est pas nécessairement discriminant; pour les auteurs d'autres facteurs interviennent tels que l'expérience et le niveau de spécialisation du chirurgien (en particulier pour les interventions complexes). Les auteurs remarquent que le manque de volume peut être compensé par la spécialisation et une formation complémentaire.

Si l'effet volume (et encore faudrait-il déterminer quel volume ?) peut se concevoir pour des interventions de première intention, il s'applique plus difficilement pour des interventions moins fréquentes telles que les réinterventions (programmées ou urgentes) et les interventions en urgence où malgré le petit nombre de cas parfois, les résultats chirurgicaux peuvent être très bons [4].

Les essais prospectifs randomisés sont le niveau de preuve I (EBM - Evidence-Based Medicine).

Il faut cependant souligner que les résultats de ces essais prospectifs ne sont applicables qu'aux malades inclus dans l'essai et que les recommandations pour les malades exclus de l'étude n'apparaissent pas dans les „guidelines” (qui en général se basent sur les résultats des études randomisées). A ce sujet il convient de remarquer que depuis la première cholécystectomie par voie laparoscopique réalisée en 1987 aucun essai prospectif randomisé comparant la laparoscopie à la laparotomie n'a été réalisé ce qui n'empêche pas qu'en 2006, soit 19 ans plus tard, la cholécystectomie par voie laparoscopique est considérée comme le Gold Standard.

Les méta-analyses d'études non randomisées (preuve de niveau II) contribuent elles à répondre à des questions d'attitude chirurgicale là où les essais prospectifs n'existent pas.

Finalement en terme d'évaluation de la qualité chirurgicale, il convient d'une part de se baser sur les données hospitalières annuelles dont tous les chirurgiens devraient être régulièrement tenus au courant et d'autre part d'auto-évaluer sa propre activité chirurgicale en confrontant ses résultats à ceux de la littérature par des communications et des publications. Remarquons pour ce dernier point qu'il convient également de communiquer et (ou) de publier les échecs ou les complications chirurgicales de notre pratique journalière.

Si les chirurgiens ne font pas eux-mêmes leur auto-évaluation, des revues non chirurgicales [5] se chargeront de plus en plus de mettre au „banc d'essai” les services chirurgicaux avec comme principale remarque que les critères utilisés par ces périodiques ne sont pas tous des critères scientifiques.

MESURE DE LA QUALITE DE L'APPRENTISSAGE DE LA CHIRURGIE

Très peu de données existent dans la littérature en ce qui concerne la comparaison des résultats chirurgicaux dans les hôpitaux de formation par rapport aux autres hôpitaux [6].

Il existe également peu de données dans la littérature concernant les modes d'évaluation des candidats spécialistes en chirurgie.

En Belgique, la commission ministérielle d'agrément en chirurgie a la responsabilité de soumettre à la signature du ministre (qui a la santé publique dans ses attributions) la reconnaissance d'un candidat spécialiste qui a terminé sa formation. La reconnaissance comme chirurgien par le ministre correspond à la délivrance d'un certificat d'autonomie chirurgicale [7].

Au vu de l'importance de cette décision, la Commission d'Agrément en Chirurgie a établi des critères de reconnaissance comme chirurgien. Ces critères qui garantissent le contrôle de la formation chirurgicale, sont: remplir les conditions d'un catalogue d'interventions chirurgicales (tant au niveau quantitatif que qualitatif), réussir le contrôle des

connaissances qui sont organisées en fin de 2^{ème} année (formation de base) et en fin de 6^{ème} année (formation supérieure), témoigner d'une activité scientifique suffisante (au minimum soit une communication à une séance scientifique avec comité de sélection, soit une publication dans une revue avec comité de lecture) et être en possession d'un certificat d'autonomie chirurgicale du maître de stage coordinateur qui a eu en charge la formation supérieure du candidat [8-10].

La quantification (qui s'est basée d'abord sur une étude rétrospective puis sur une étude prospective) de la formation chirurgicale a évolué au cours du temps et s'est adaptée progressivement à la spécialisation chirurgicale et à l'évolution des pratiques chirurgicales notamment en chirurgie mini invasive [11,12].

Dans l'avenir, les objectifs pour la formation chirurgicale seront: le contrôle des services de formation, la quantification de la pratique chirurgicale, l'adaptation en temps réel de la formation chirurgicale aux progrès de la chirurgie et l'harmonisation de la formation chirurgicale en Europe.

Outre ces objectifs, la pratique chirurgicale future sera conditionnée par l'augmentation des différentes pathologies chirurgicales (en particulier due au vieillissement de la population), par le développement de la chirurgie mini invasive et peut-être endoscopique, par le développement de nouvelles technologies (robotisation, organes artificiels) et par le développement de la cryo- et brachy-chirurgie, de la photothérapie et de la chirurgie in utero.

CONCLUSION

L'installation et la mesure de la qualité dans la pratique et l'apprentissage de la chirurgie sont un exercice journalier et un travail jamais terminé.

La qualité des soins chirurgicaux est fonction de la capacité des chirurgiens de s'auto-évaluer, de se remettre en question et de s'adapter aux progrès de leur discipline ainsi qu'à ceux des autres disciplines médicales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mendes da Costa P., Perpersack T, Simoens C, Smets D, Thill V, Ngongang C. Evolution over half a century of the results of digestive surgery in geriatric patients. Review of the literature, experience at CHU Brugmann and medium term outlook. *Acta Chir Belg.* 2006; [in press].
2. Van de Velde C, Peeters K. Quality assurance in surgical oncology. *Eur J Surg Oncol.* Special Issue, 2005; 31(6): 565-701.
3. Zimmer MJ, Rogers SO Jr. World Progress in Surgery. Surgical quality. The question of quality. *World J Surg.* 2005; 29(10): 1201-1244.
4. Bataille C, Simoens C, Mendes da Costa P. Laparoscopic revision failed anti-reflux surgery. Preliminary results. *Hepato-Gastroenterology.* 2006; 53(67): 86-88.
5. Le Point Cliniques - Le Palmars 2005 - 770 cliniques au banc d'essai pour 20 spécialités. *Le Point.* no. 1734, 08-12-2005.
6. Mendes da Costa P. La responsabilité des maîtres de stage vis-à-vis des malades et vis-à-vis des chirurgiens en voie de formation. *Acta Chir Belg.* 1987; 87(1): 58-59.
7. Mendes da Costa P, Detry R, Gruwez J, Harper L, Rutten P. Surgery in Belgium. *Archives of Surgery.* 1999; 134(5): 569-574.
8. Mendes da Costa P, Weerts J. Formation chirurgicale : Passé, Présent et Avenir. *Acta Chir Belg.* 2003; 103(5): 434-439.
9. Mendes da Costa P. Past, Present and Future of Surgical Training in Belgium. *Acta Chir Belg.* 2004; 104(5): 489-492.
10. Mendes da Costa P, Detry R, Meurisse M. Surgical training in Belgium. Results of a prospective study conducted in the French-Speaking part of the Country. *Jurnalul de chirurgie.* 2006; 2(2): 163 – 167.
11. Mendes da Costa P. Emergent surgical techniques of the next decade. *Acta Chir Belg.* 1999; 99(3): 97-99.
12. Mendes da Costa P, Simoens C, Smets D, Ngongang C, Thill V. Evolution au cours de la dernière décennie de la place de la coelioscopie en chirurgie digestive au CHU Brugmann. *Jurnalul de chirurgie.* 2006; 2(1): 42-46.